

Einwilligungserklärung

zur Erfassung von Patienten mit thromboembolischen Komplikationen (TEK) während oder nach Chemotherapie bei Hodentumorpatienten in einem Register

Hiermit erkläre ich,

Vorname, Name

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer

dass ich durch Frau / Herrn Dr.

mündlich und schriftlich über die Teilnahme an der Registerstudie „*Prospektive multizentrische Registerstudie zur Erfassung von thromboembolischen Komplikationen während oder nach Chemotherapie bei Hodentumorpatienten*“ informiert wurde, ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit dem Studienarzt/-ärztin zu klären und ich ausreichend Bedenkzeit hatte. Ich habe die Studiendurchführung, das Studienziel und die mir vorgelegte Patienteninformation verstanden und eine Ausfertigung derselben sowie dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Ich bin damit einverstanden, dass meine erhobenen Behandlungs- und Nachsorgedaten pseudonymisiert in einer zentralen Datenbank eingepflegt werden (datenhaltende Stelle: Klinik für Urologie des Bundeswehrzentralkrankenhaus Koblenz, Rügenacherstraße 170, 56072 Koblenz) und zu Auswerte- und Statistikzwecken ausschließlich pseudonymisiert, d. h. codiert gespeichert und ausgewertet werden. Diese Daten werden dort vertraulich behandelt und dürfen nicht weitergegeben werden. Die Speicherdauer der Daten beträgt mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Studie.

Des Weiteren willige ich ein, dass ich ein Jahr nach Abschluss der Chemotherapie von einem Arzt der Studienzentrale (Klinik für Urologie im Bundeswehrzentralkrankenhaus Koblenz) zur Erhebung der Nachsorge kontaktiert werde. Hiernach werden meine Kontaktdaten unwiderruflich gelöscht. Es dürfen krankheitsbezogene Daten von den nachsorgenden Ärzten (Urologe, Hausarzt, Internist) eingeholt werden. Diesbezüglich entbinde ich diese Ärzte von der Schweigepflicht, damit diese krankheitsspezifische Fragen der Studienzentrale über meinen Krankheitsverlauf beantworten dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des Prüfarztes/-ärztin

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Stempel der Klinik
mit Anschrift und Telefonnummer